Rok LII. Kraków, dnia 5 lipca 1913 Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell.
(Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał
(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)
Dr Jan Landau
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z tego powodu badanie wziernikiem powinno dzisiaj należeć do metod, któremi posługiwać się powinien w swoich godzinach ordynacyjnych nietylko okulista i neurolog, ale nawet i każdy lekarz chorób wewnętrznych. Wszak stwierdzenie wspomnianych zaburzeń na dnie oka, po wyłączeniu wszelkich innych przyczyn, które dają podobne zmiany, jak błednicy, mocznicy, zapalenia wielu nerwów i innych, rozstrzyga dopiero w większości przypadków, a zwłaszcza tych, w których zupełnie brak objawów ogniskowych, o nowotworowej przyrodzie cierpienia mózgowego. A jeśli do tego dodamy, że owe wspomniane już zmiany na dnie oka doprowadzić mogą w bardzo nieraz krótkim czasie do zaniku nerwów wzrokowych i zupełnej ślepoty, to zrozumiałą okaże się rzeczą, że one to właśnie dają nam jeszcze najprędzej wskazanie do zabiegów dekompresyjnych.

Bo jakkolwiek są znane i takie wyjątkowe przypadki, w których przebiegu tarcza zastoinowa znowu ustąpiła, mimo że nie dokonano żadnego zabiegu operacyjnego nawet w kierunku zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (wrzekomy nowotwór mózgu, zwapnienie nowotworu, rozejście się kości w szwach u dzieci), to jednak w przeważnej liczbie przypadków zmiany na dnie oka nietylko się utrzymują mimo leczenia środkami aptekarskimi, ale nawet i potęgują się coraz bardziej, grożąc choremu zupełną ślepotą. W tych więc przypadkach najlepsze jeszcze wyniki leczenia dają metody dekompresyjne, ale tylko o tyle, o ile zostały wcześnie zastosowane, t. j. nie w takim okresie choroby, w którym nie można już powstrzymać dalszego rozwoju zaniku nerwów wzrokowych.

Toteż zdarzyć się może i tak, że jakkolwiek mimo późnego stwierdzenia zmian na dnie oka i opóźnienia właściwego rozpoznania nie zaszkodzimy wprawdzie w jakimś przypadku sprawie wyleczenia chorego, ale skutkiem zwlekania z operacyą nie zapobiegniemy już wytworzeniu się zaniku nerwów wzrokowych, tak, że choremu uratujemy wprawdzie życie, ale jest ono już dla społeczeństwa straconem, a dla chorego tylko ciężarem.

Ponieważ więc od wczesnego stwierdzenia zmian na dnie oka zależy w wielu przypadkach nietylko właściwe rozpoznanie, ale i uchronienie chorego przed grożącą mu ślepotą, przeto częste wziernikowanie powinno być regułą, od której nie powinien odstępować żaden sumienny lekarz.

Zmiany na dnie oka niekoniecznie muszą być obustronne, mogą się bowiem rozpocząć od jednego tylko oka, albo też nawet i przez cały czas trwania choroby ograniczać do jednej tylko strony. Naturalnie, że już z natury rzeczy pojawia się tarcza zastoinowa zwykle na obu oczach, chociaż znowu najczęściej jest jej natężenie po obu stronach różne.

Należy pamiętać i o tem, że zmiany na dnie oka mimo istnienia nowotworu w mózgu, jak z jednej strony mogą nawet zupełnie się nie pojawiać, tak z drugiej nie należą one zawsze do wczesnych objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W niektórych bowiem przypadkach pojawiają się te zmiany bardzo późno, mimo istnienia już na długi czas przedtem całego szeregu innych objawów ogólnych, a nawet ogniskowych. Toteż nie należy zawsze czekać na pojawienie się tarczy zastoinowej i od niej dopiero czynić zależnem właściwe rozpoznanie, dlatego, że w ten sposób bardzo wiele możemy zaniedbać w kierunku leczenia choroby i przystąpić do zabiegu w chwili, gdy już choremu nic nie będzie mogło pomódz.

Jak już przedtem wspomniałem, lekarz ordynujący nie powinien się ograniczać w przypadkach podejrzanych co do nowotworu mózgu jedynie tylko do stawiania choremu pytań w kierunku siły wzroku, ani też poprzestać na samem badaniu bystrości wzroku, a to dlatego, że mimo bardzo znacznej zastoiny chory może mieć jeszcze pełną bystrość wzroku, nie ograniczone pole widzenia i nienaruszoną zdolność rozpoznawania barw. Naturalnie, że daleko częściej bywa inaczej, t. j. że do zmian na dnie oka w formie zapalenia lub zastoiny po krótszym lub dłuższym czasie dołącza się osłabienie wzroku, które najczęściej dopiero

wywołuje u ordynującego lekarza podejrzenie poważniejszej choroby, a któreto osłabienie wzroku jest już zwykle następstwem rozpoczynającego się zaniku nerwów wzrokowych.

Zdarzają się wreszcie i takie przypadki nowotworów mózgu, w których mimo braku zmian na dnie oka chory uskarża się na napadowo występujące zaburzenia wzrokowe, a nawet na krótkotrwałą przemijającą ślepotę, albo i takie, w których od samego początku rozwija się zanik nerwów wzrokowych, nie poprzedzany ani zapaleniem, ani też tarczą zastoinową, jak to się dzieje w przypadkach, w których nowotwór uciska bezpośrednio na nerwy wzrokowe, np. w nowotworach przysadki mózgowej.

Stosunkowo częstym objawem, lecz daleko trudniejszym w kierunku wyzyskania go dla rozpoznania nowotworu mózgu, są drgawki. Mają one natomiast bardzo wielkie znaczenie jako objaw ogniskowy w tych przypadkach, w których rozpoznanie nowotworu na podstawie całego szeregu innych objawów jest już zupełnie pewne. Wielki błąd popełniłby jednak ten, ktoby drgawki nawet o typie ogniskowym, t. j. drgawki Jacksonowskie, uważał zawsze za objaw, który daje nam wskazówkę co do siedziby nowotworu. Wiemy bowiem dzisiaj już aż nadto dobrze, że zupełnie podobnie, jak mimo jednostronnych zmian organicznych w zakresie zwojów ośrodkowych pojawiać się mogą drgawki ogólne, które nie przedstawiają typu Jacksonowskiego, tak też z drugiej znowu strony niekoniecznie drgawki o charakterze Jacksonowskim muszą być zawsze objawem ogniskowym, którym wskazywał na siedzibę nowotworu, zwłaszcza w przypadkach ich późnego pojawiania się przy istniejących już innych objawach ogólnych.

Chodzi mi o zaznaczenie, że nawet drgawki o typie Jacksonowskim mogą być jedynie następstwem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, a zatem objawem, który należy do szeregu innych objawów ogólnych, a jest niezależnym od usadowienia nowotworu.

Zupełnie podobnie należy traktować i owe najrozmaitsze parestezye, jak: mrowienia, kłucia, rwania, uczucie drętwienia, ciepła i zimna, które w przebiegu nowotworów mózgu występują napadowo i albo poprzedzają w formie powiewu (aura) właściwe napady padaczkowe, albo występują zupełnie samoistnie bez drgawek, jako tak zwana padaczka czuciowa. Ta padaczka czuciowa może zaś, podobnie jak padaczka ruchowa, być albo ogólną, albo połowiczą, lub też nawet dotyczyć stale pewnych tylko części ciała, a zatem być czemś w rodzaju czuciowych napadów Jacksonowskich. I co do tej więc czuciowej padaczki pamiętać należy o tem, że i ona, zupełnie niezależnie od tego, czy jest ogólną, czy też tylko o typie Jacksonowskim, może być raz objawem ogniskowym, czasem zaś objawem, występującym na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Zdawaćby się mogło, że dla rozpoznania nowotworu mózgu niezależnie od jego usadowienia nie może to więc mieć większego znaczenia, czy w danym przypadku występują ogólne drgawki, czy też tylko drgawki o typie Jacksonowskim, skoro w zasadzie jedne i drugie towarzyszą nowotworom mózgu, a zatem jedne i drugie przyczynić się mogą do właściwego rozpoznania. Trudności mogłyby się natomiast nasunąć dopiero wtedy, gdyby nam zależało na określeniu, czy drgawki, o które chodzi, są pochodzenia ogniskowego, czy też są one tylko objawem ogólnym na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i na wyzyskaniu tych dwóch rodzajów drgawek, t. j. ogólnych lub ogniskowych, w kierunku określenia siedziby rozpoznanego nowotworu.

Otóż rozumowanie takie jest słuszne, ale tylko o tyle, o ile dany przypadek jest przypadkiem długotrwałym, gdzie więc owe drgawki są jednym z licznych objawów ogólnych lub ogniskowych, które już same przez się i bez owych drgawek umożliwiają zupełnie pewne rozpoznanie nowotworu mózgu, albo gdzie owe drgawki są tym ostatnim niejako czynnikiem, który usuwa ostatecznie nasze wątpliwości co do rozpoznania.

(Dok. nast.).

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

(Dalszy przyczynek; por. Przegląd lekarski 1912, Nr 14).

W roku ubiegłym, 1912, leczyłem 35 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni warszawskiej Dr Palmirskiego. Stosownie do charakteru przebiegu klinicznego grupowały się one, jak następuje: 1) Angina diphtheritica — przypadków 16; 2) Laryngitis — 9; 3) Angina c. laryngitide — 10, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 19, t. j. 54% ogólnej liczby. Wśród nich był jeden śmiertelny, co stanowi 5·2% śmiertelności, a zatem 2·8% liczby ogólnej przypadków. Wogóle przypadki spostrzegane pod względem swej liczby i jakości zbliżały się do średniej normy schematycznej. Mogę powiedzieć, że wśród bardzo wielkiej liczby przypadków krztuśca, często powikłanych dodatkowemi cierpieniami narządów oddechowych, nieraz śmiertelnemi, dalej wśród licznych przypadków ospy naturalnej (jedynie prawie u nieszczepionych) i grypy z powikłaniami, przypadki błonicy stanowiły w roku ubiegłym grupę chorób, względnie najmniej dokuczliwych i najprędzej przechodzących. Przypadków płonicy nie spostrzegałem wcale. Wśród licznych przypadków krztuśca, który grasował przez cały rok ubiegły, jeden był powikłany przez błonicę gardła i krtani, a mianowicie:

J. Gr., lat $2^3/_4$, doskonałej budowy i odżywienia bardzo dobrego, w trzy tygodnie po przybyciu z matką żydówką z Anglii do Radziejowa dostał krztuśca. W okresie największego natężenia choroby, w piątym tygodniu jej trwania, chłopiec dostał błonicy gardła. Początkowo leczono ją pędzlowaniem rozczynem sublimatu w glicerynie (1:1000), gdy zaś piątego dnia zaczęły występować objawy krupu krtani, zasięgnięto mojej porady. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Ciepłota 38·5°; tętno 150, miękkie, słabo napełnione. Oddech do 40 na minutę, świszczący, krupowy, z udziałem skrzydeł nosa, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych, nadbrzusza i przestrzeni międzyżebrowych; kaszel charakterystyczny, krupowy, bardzo bolesny, pogarszający typ oddechu aż do zaduszania się. Najcięższy stan jednak spostrzega się przy zjawieniu się napadu kaszlu krztuścowego, przychodzącego wogóle nieco rzadziej od chwili wystąpienia krupu i nieregularnie. Dziecko sinieje do ostatecznych granic i z końcem napadu sprawia wrażenie konającego, ożywiającego się pod wpływem rozcierań octem aromatycznym i wąchania amoniaku lub eteru octowego. Tętno niewyczuwalne przez długi czas, a po silniejszym napadzie krztuścowym zjawia się dopiero po wstrzyknięciu olejku kamforowego. Wdychanie małych ilości chloroformu lub azotynu amylowego nie zapobiega zjawianiu się na-

padów krztuścowych, większych dawek zastosować nie można ze względu na objawy krupowe. Miejscowe badanie gardła jest w najwyższym stopniu utrudnione, daje się zauważyć ogólne zaczerwienienie bardzo silne ze śladami znikających plam błoniczych na migdałkach, łukach i języczku. Gruczoły z obu stron stwardniałe i miernie powiększone.

Niezwłocznie zastosowałem wstrzyknięcie surowicy w ilości 2000 j. ochr. w objętości 10 cm. sześc., a gdy do dnia następnego wyraźnej poprawy nie było, dawkę tę powtórzyłem. Po upływie 48 godzin po drugiem wstrzyknięciu objawy krupu krtani zaczęły wyraźnie słabnąć i następnych dni znikły zupełnie, pozostał tylko przez długi czas (przeszło dwa tygodnie) głos zupełnie cichy, chrypkowy (dysphonia), zapewne dlatego, że krztusiec, który trwał dalej na wysokości natężenia, przez ciągłe drażnienie strun głosowych i krtani przeszkadzał powrotowi do stanu prawidłowego błony śluzowej narządów głosowych. W okresie zdrowienia po błonicy chłopiec dostał również pleśniawek (aphthae), obficie rozsianych po całej jamie ustnej, które po upływie dni sześciu znikły zupełnie pod wpływem pędzlowania roztworem nadmanganianu potasu (1:1000). Krztusiec trwał dalej jeszcze przeszło sześć tygodni; złagodniał dopiero po umieszczeniu się matki z chorem dzieckiem w domku wśród lasku sosnowego, blizko trzy mile od osady odległego.

Z powodu powikłania pobłoniczego przez bezwład podniebienia miękkiego, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę przypadek następujący:

Wł. Pal., lat $4^3/_4$, synek właścicielki majątku, budowy i odżywienia średniego, d. 27. I. 1912 zachorował na błonicę gardła. Przy badaniu w dniu 29. I. 1912 znalazłem, co następuje: Ciepłota 38·8°; tętno 142, miękkie, słabo napełnione; przytomność zachowana, słabość ogólna widoczna, senność, apatya. Miejscowo w gardle na obu migdałkach, łukach, na brzegach języczka i na podniebieniu miękkiem widoczne naloty dyfterytyczne, szarożółte, sadłowate, krwawiące przy ścieraniu; gruczoły podszczękowe z obu stron średnio powiększone i stwardniałe. U brzegów otworów nosowych szarawe nadżerki, wydzielina z nosa brudno-krwista, niecuchnąca. Wobec tego, że przed kilkunastu laty kilkoro dzieci pani Pal. umarło na błonicę gardła i krtani, proszono mnie o niezwłoczne zastosowanie surowicy przeciwbłoniczej, którą też w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm. sz. wstrzyknąłem. Do trzeciego dnia stan chorego dziecka znakomicie się poprawił: ciepłota spadła do poziomu prawidłowego po obfitych potach; osłabienie ogólne znacznie się zmniejszyło; miejscowo w gardle plamki błonicze zaczęły roztapiać się i niknąć, gruczoły stały się zaledwie wyczuwalne. W ciągu następnych dwóch dni dziecko wróciło do zupełnego zdrowia. Objawów wysypki posurowiczej nie było zupełnie. W trzecim tygodniu zdrowienia zjawił się bezwład podniebienia miękkiego i języczka; płyny i potrawy stałe przełykane wracały natychmiast przez nos; mowa stała się bezdźwięczna, nosowa. Stan ten trwał z przerwami i ponownemi nasileniami przeszło osiem dni. Wycieranie szyi, piersi i brzucha wodą słoną, faradyzacya okolicy krtani i przepony, ewentualnie nerwu przeponowego (phrenicus), wewnętrznie zaś brom i rozczyn Fowlera usunęły ten niemiły i niepokojący otoczenie objaw.

Porównując dane liczbowe z roku ubiegłego z dawniej otrzymanemi co do przypadków leczonych surowicą, widzimy:

Rok	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Dtto w %	Liczba przypadków krtaniowych	Dtto w %	Śmiertelność ich w %
1912	35	1	2·8	19	54	5·2
1895—1911	780	48	6·1	430	55	11·1
1895—1912	815	49	6·0	449	55	10·9

Wszystkie w roku ubiegłym spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 19; dziewcząt 16.

II. Co do wieku chorych:

0—1 roku	— 1 przypadek	6 — 7 lat	— 2 przypadki
1—2 lat	— 4 przypadki	7 — 8 »	— 3 przypadki
2—3 »	— 8 przypadków	9—10 »	— 3 przypadki
3—4 »	— 3 przypadki	11—12 »	— 1 przypadek
4—5 »	— 6 przypadków	13—14 »	— 1 przypadek
5—6 »	— 2 przypadki	14—15 »	— 1 przypadek

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe.
1 — 6	1 — 2
2—14	2—10
3 — 9	3 — 4
4 — 3	4 — 1
6 — 1	7 — 1
7 — 1	9 — 1
9 — 1	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle:		B) Przypadki krtaniowe:	
1000 jedn. ochron.	1	2000 jedn. ochron.	17
2000 » »	32	4000 » »	1
4000 » »	1	8000 » »	1
8000 » »	1		

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo	33
2) dwukrotnie	1
3) czterokrotnie	1

VI. Co do przypadku śmiertelnego, to był on następujący:

J. L., $2^1/_4$ lat, syn parobka ze sąsiedniego folwarku. Chłopiec ten po siedmiu dniach ciężkiej błonicy gardła dostał objawów krupu krtani, który nazajutrz znacznie szerzył się ku dołowi, tak, że następnego dnia, 30. I. 1912 (dziewiąty dzień choroby), przywieziony do mnie chłopiec znajdował się w okresie bardzo wielkiego zwężenia krtani przy objawach duszenia się i ogólnej sinicy. Źrenice zwężone nie oddziaływały na światło. Wstrzyknięcie surowicy w ilości 2000 jedn. ochr., w objętości 8 cm. sześc., oraz 2 gramów olejku kamforowego i 0·03 kofeiny nie dały prawie żadnego odczynu dodatniego. Śmierć nastąpiła na trzeci dzień potem, czyli jedenastego dnia choroby. Niedbalstwo czy też nieświadomość rodziców były powodem, że tak długo ociągano się z zasięgnięciem porady lekarskiej, aplikując choremu dziecku różne leki domowe, naturalnie bezskutecznie.

VII. Co do wysypek posurowiczych, to spostrzegałem je w 14 przypadkach, co po odtrąceniu jednego przypadku śmiertelnego stanowi 41%; przytem w jednym przypadku zastosowania surowicy w ilości 1000 jedn. ochr. w objętości 5 cm. sześc. wysypki nie spostrzegałem wcale. Wśród pozostałych zatem 33 przypadków wysypka była w 14, co stanowi 42%; najwcześniej wystąpiła ona w czwartym dniu po wstrzyknięciu, najpóźniej w czernastym, najczęściej zaś około ósmego dnia po wstrzyknięciu. Natychmiastowego lub przyspieszonego odczynu posurowiczego (według Pirqueta) nie spostrzegałem. Trwanie wysypki było różne, od jednego do czterech dni; najczęściej ustępowała ona bez śladu w ciągu dwóch dni, nie sprawiała żadnych szczególnych dolegliwości i zawsze była wędrująca po powierzchni skóry. Co do charakteru wysypki, to w 8 przypadkach (57% przypadków wysypkowych) była to pokrzywka, w 2 przypadkach (14%) rumień (rash), a w pozostałych 4 (29%) wysypka była wielopostaciowa, mieszana. W jednym przypadku, u dwuletniego tłustego dziecka, prawie zaraz po wstrzyknięciu wystąpił na miejscu wstrzyknięcia siniak, wielkości srebrnej monety rublowej; siniak ten do dnia następnego powiększył się do rozmiarów średniej dłoni, poczem stopniowo znikał bez zastosowania żadnego okładu.

Przypuszczam, że siniaki takie, występujące niekiedy u dzieci o obfitym pokładzie tłuszczowej tkanki podskórnej, zależą albo od natrafienia igłą na nieco szerszą żyłkę lub też poprostu od ucisku podczas wstrzykiwania igłą i wypływającą z niej cieczą na sieć żyłek, których ilość jest większa w tłustej i miękkiej tkance podskórnej. Zwykle siniaki takie są albo wcale niebolesne, albo nader mało.

VIII. Wstrzyknięć powtórnych (reinjectio) w ścisłem tego wyrazu znaczeniu (po upływie więcej niż 8 tygodni od pierwotnego wstrzyknięcia) dokonałem w roku ubiegłym w dwóch przypadkach, a mianowicie:

1) J. Andrz., chłopiec lat 13½, doskonale zbudowany i odżywiony, z powodu błonicy gardła, trwającej trzeci dzień z obfitymi nalotami w gardle i przy powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 8 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym w ciągu dni czterech. Siódmego dnia po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, dość obfita, wędrująca po powierzchni skóry, trwająca niecałe dwie doby. Chłopiec ten w roku 1899, mając wówczas niecały rok życia, otrzymał z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających drugi dzień, 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 20 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym w ciągu trzech dni; objawy pokrzywkowe posurowicze wystąpiły zrana ósmego dnia po wstrzyknięciu i trwały do późnego wieczora dnia następnego.

2) Przypadek drugi wymaga nieco obszerniejszego opisu:

W dniu 13. V. 1912 zostałem zawezwany do P. W., lat 4½, synka urzędnika. Chłopiec chory jest już siódmy dzień; przeszedł błonicze zapalenie gardła wraz z nieżytem dróg oddechowych i nosa; od trzech dni, bardzo stopniowo, zaczęły występować objawy krtaniowe: suchy kaszel z odcieniem krupowym wzmagał się stopniowo; głos ochrypł, stał się bezdźwięczny (dysphonia), poczem wystąpił zupełny bezgłos (aphonia). Przy badaniu w dniu 13. V. 1912 znalazłem, co następuje: Chłopiec dosyć wątły i delikatny, średnio odżywiony; ciepłota 38·5°, tętno około 150 na minutę, drobne, nikłe, słabo napełnione. Oddech przyspieszony do 36 na minutę, powierzchowny, świszczący, przerywany częstym, szczekającym, charakterystycznie krupowym kaszlem, bardzo bolesnym i wywołującym chwilowe zaduszanie się. Przy oddechu zauważyć można wydatny udział skrzydeł nosa, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych oraz wydatne wciąganie nadbrzusza i międzyżebrzy. Chłopiec ten w r. 1909, mając wówczas 1½ r. ż., zapadł na błonicę gardła, przyczem niezwłocznie wstrzyknięto 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm. sześc. z jaknajlepszym skutkiem do dnia trzeciego; ósmego dnia zjawiła się mierna pokrzywka, która po upływie doby znikła. Z innych chorób przed rokiem przechodzić miał chory krwawą biegunkę. Wobec groźnego stanu dość wątłego dziecka zastosowałem w dniu badania 2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 8 cm. sześc. i dawkę tę nazajutrz (ósmy dzień choroby) powtórzyłem. Wobec braku poprawy tegoż dnia późnym wieczorem i nazajutrz rano wstrzyknąłem jeszcze po 2000 jedn. ochron. w objętości za każdym razem 8 cm. sześc. tejże surowicy, czyli razem w ciągu 36 godzin chłopiec otrzymał 8000 jedn. ochron. w objętości 32 cm. sześc. w 4 dawkach. Dopiero po upływie doby po czwartem wstrzyknięciu można było dostrzedz pewne zmniejszenie się napięcia objawów krupowych: oddech nieco swobodniejszy, do 28 na minutę, nie tak świszczący; kaszel cokolwiek zmiękł, stał się mniej bolesny, rzadszy, z wydzieliną śluzowo-błoniastą, nieco ropną. Ciepłota spadła do 37·4°; tętno do 126, mocniejsze, lepiej napełnione. Miejscowo w gardle zaczerwienienie ogólne bez zmiany, bardzo silne, bez śladów nalotów błoniczych; gruczoły podszczękowe i szyjne, przedtem twarde i powiększone, zmniejszyły się i zmiękły. Odtąd stopniowe, dość szybkie zdrowienie. Dnia 17. V. 1912 pod wieczór, czyli w końcu czwartej doby po pierwszem wstrzyknięciu, zaczęły występować pojedyncze, rzadkie, pokrzywkowe plamy, lekko swędzące, niebolesne. Pojawiały się one w różnych miejscach skóry przez trzy następne doby, zawsze w małej ilości i w postaci rzadkiej, rozrzuconej; czwartego dnia znikły bez śladu. D. 21. V., t. j. ósmego dnia po pierwszem wstrzyknięciu zjawiły się bóle w mięśniach kończyn, zwłaszcza dolnych, głównie w udach. Przy spokojnem leżeniu bóle te prawie nie dawały się odczuwać, natomiast przy poruszaniu nogami lub przy dotykaniu mięśni uda ręką, chłopiec dość żywo oddziaływał. Na trzeci dzień od chwili zjawienia się, t. j. dnia 23. V., bóle te, bez żadnych zgoła zabiegów, zaczęły się zmniejszać; następnego dnia zupełnie ustąpiły. Ciepłota ciała przez cały ten czas była prawidłowa; białka w moczu nie było. Chłopiec pierwszy raz wstał z łóżka dnia 31. V., przyczem chodził dość pewnie i swobodnie. W następstwie aż do chwili obecnej (16. II. 1913) żadnych następczych objawów chorobowych nie było.

D. 25. V. matka chłopca, licząca 28 lat wieku, dostała błonicy gardła, głównie po stronie prawej, z obfitym nalotem i gruczołami bardzo silnie powiększonymi i stwardniałymi. 26. V. ciepłota 38·9°; tętno 120; wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. w objętości 10 cm. sześc. Nazajutrz znakomita poprawa, a po upływie dni pięciu zupełne wyzdrowienie bez następczych objawów wysypkowych; przez tydzień był wyciek surowiczy z prawego ucha. Prócz surowicy nie stosowano nic innego; miejscowo płukanie z rozczynu kwasu borowego. Chora ta, jako starsza ponad 15 lat, do statystyki nie weszła.

W tejże samej rodzinie dnia 18. VI. 1912 zachorował młodszy synek, 2¼ lat liczący, na błonicę gardła, głównie po stronie lewej. Niezwłocznie wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. w objętości 10 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym i bardzo szybkim. Zupełne wyzdrowienie nastąpiło już czwartego dnia bez żadnych objawów posurowiczych.

Opisane tu dwa przypadki wstrzykiwań powtórnych (reinjectio) stanowią 63. i 64. kolejny przpadek wśród moich osobistych spostrzeżeń (patrz Przegl. lek. 1912, Nr 14). Kliniczny ich przebieg, jak to widzimy z opisu, niczem nie różnił się od wstrzykiwań pierwotnych, zarówno pod względem działania na objawy chorobowe, jak i ozdrowienia, oraz następczych objawów posurowiczych. W pierwszym przypadku reinjekcyę wykonałem w 12½ lat po pierwotnem wstrzyknięciu, w dawce tej samej. W przypadku drugim reinjekcya nastąpiła po upływie trzech lat od wstrzyknięcia pierwotnego w dawce czterokrotnie większej, tak co do ilości jednostek ochronnych, jak i objętościowo, ze skutkiem jak najlepszym i nader efektownym u chorego osłabionego i wątłego, którego otoczenie najbliższe uważało za bezwarunkowo straconego. Objawy posurowicze wysypkowe, w postaci pokrzywki, były w przypadku tym nadzwyczaj umiarkowane, o wiele słabsze od średniej normy, przy towarzyszących współcześnie bólach mięśni kończyn, zwłaszcza dolnych, głównie ud. Bóle te trwały z przerwami około trzech dni, nie będąc nazbyt uciążliwymi dla chorego dziecka. Przypuszczam, że powodem ich było nagromadzenie się w mięśniach produktów przeróbki większej ilości obcej surowicy, wprowadzonej do ustroju, respective obcego gatunkowo białka tej surowicy.

Oceny i sprawozdania.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr Mosse und Dr M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1913. Zeszyt IV. str. 242 (638—880). (Cena 6 marek, całego dzieła 22 mk.).

W sprawozdaniach z poprzednich trzech zeszytów (ob. »Przegląd lekarski« 1912, str. 365 i 654, oraz 1913, str. 93) podaliśmy ogólny plan wydawnictwa, podjętego przez prof. Mossego i Dra Tugendreicha przy udziale kilkunastu współpracowników, znanych jako wyborni znawcy rozmaitych działów medycyny i higieny społecznej, które miały być w wydawnictwie uwzględnione. Wydany teraz zeszyt czwarty jest końcowym zeszytem dzieła i obejmuje jego część III, zatytułowaną »Terapia socyalna«. Nie mogąc szczegółowo omawiać rozległego materyału, zawartego w tej części, trzeba się ograniczyć do wyliczenia zawartych w niej rozpraw, co da przynajmniej wyobrażenie o sposobie ujęcia przedmiotu. Naprzód tedy rozpatrują Zahn i Kleindinst. zwalczanie socyalnych przyczyn chorób przez państwo, podając zarazem przegląd obecnego stanu urządzeń państwowych w zakresie społeczno-higienicznym. Zahn, radca ministeryalny bawarski, ma w Niemczech

sławę największej powagi na tem polu. W drugim rozdziale, napisanym przez Dr Gottsteina, omówiono zadania gmin i stron prywatnych na polu opieki socyalno-higienicznej. Tu też przedstawiony został stan opieki gminnej i działalność stowarzyszeń humanitarnych. Bardzo ciekawy jest rozdział następny, opracowany przez Dra Alfonsa Fischera, a poświęcony rozpatrzeniu wpływu ustawodawstwa socyalnego na zapobieganie, rozpoznawanie i przebieg chorób. Wreszcie w ostatnim rozdziale wkracza Dr Schallmayer na pole higieny rasy i eugeniki. Rozdział ten zajmuje się mianowicie sprawą środków socyalnych, zmierzających do poprawy fizycznej społeczeństw w pokoleniach potomnych.

O całości dzieła trzebaby powtórzyć te same uwagi, które nasunęły się już przy pierwszym zeszycie. Niemniej uznać trzeba, że przeczytanie dzieła przynieść może wielki pożytek każdemu lekarzowi, zapoznając go z obecnym stanem doniosłych, a na dobie będących problemów społecznych, z którymi nauka i działalność lekarska w coraz ściślejszy wchodzą stosunek. C.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Beyer. **Bakterye błonicze w moczu.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). We wszystkich przypadkach błonicy, w których autor badał mocz co do bakteryi błonicy, zdołał je wyhodować, i to nietylko w okresie gorączki i tworzenia się złogów na migdałkach, ale i w kilka tygodni po ustąpieniu objawów chorobowych. Wskazuje to na przechodzenie bakteryi z miejsca zakażenia do krwi, a więc i leczenie miejscowe, np. pędzlowanie, uważa B. za bezcelowe. B. wskazuje na możebność szerzenia się błonicy przez mocz, zwłaszcza u dzieci, u których trudno nieraz zapobiedz zanieczyszczaniu rąk i przenoszeniu zarazków chorobotwórczych. H. S.

Salomon. **Leczenie dyetetyczne kamicy żółciowej.** (IV. międzynar. Zjazd fizyoterapeutyczny). Cierpiący na kamicę unikać powinni potraw korzennych, jarzyn trudno strawnych w stanie surowym, potraw zbyt tłustych, majonezów, kawy, alkoholu i zimnych płynów. Od czasu do czasu solne środki przeczyszczające, unikać natomiast należy stałego używania innych środków przeczyszczających. Dla pobudzenia ruchu robaczkowego chleb Grahama, owoce surowe i jarzyny, leczenie winogronowe. Wogóle nie należy podawać za dużo białka. K.

Piotrowski. **Odruch mięśnia piszczelowego przedniego** (Now. lek. 1913, zesz. 3). Autor podaje spostrzeżony przez siebie nowy objaw, polegający na tem, że po uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym o mięsień piszczelowy przedni w miejscu jego przyczepu występuje odruchowy zwrot i zgięcie grzbietowe stopy. Odruch ten rzadko spotyka się u ludzi zdrowych, natomiast dość często u osób wrażliwych i neuropatów. U chorych ze zmianami organicznemi układu nerwowego objaw ten przedstawia się inaczej, jest nadmiernie żywy, niejednakowo żywy na obu kończynach; występuje on nieraz bardzo wcześnie, stanowiąc jedyną oznakę patologiczną. H. S.

Hillebrecht. **Rheumatismus nodosus** (Med. Kl., 1913 Nr 6). Postać ta występuje w wieku młodzieńczym najczęściej niżej lat 15, często między 15—18. rokiem życia, a nieliczne są tylko przypadki w wieku późniejszym. Autor więc zalicza ją, jak płonicę i błonicę, do chorób wieku dziecięcego. Charakterystyką tej postaci chorobowej jest to, że w przebiegu ostrego gośćca stawowego albo pląsawicy powstają wzdłuż ścięgien, rozcięgien i w okostnej czaszki guzki twardo-elastyczne, wielkości grochu aż do wielkości orzecha włoskiego, zwykle zupełnie niebolesne albo nieco tylko tkliwe, pozostające kilka tygodni i miesięcy, poczem powoli znikają. W rokowaniu należy występowanie tych guzków brać bardzo poważnie, prawie zawsze bowiem ta postać gośćca przebiega długo i ciężko, zawsze prawie pociąga za sobą poważne zmiany na zastawkach sercowych i kończy się często śmiertelnie. Histologicznie zbudowane są te guzy z tkanki granulacyjnej w rozmaitych okresach jej rozwoju.

Autor opisuje dwa przypadki, spostrzegane przez siebie. W obu obraz nader ciężkiego, długotrwałego gośćca stawów, w obu powikłania ze strony wsierdzia, osierdzia i opłucnej; w jednym dwa małe guzki wielkości grochu na głowie, jakby z kością zrosłe, skóra nad nimi przesuwalna; w drugim jeden guz twardy wielkości małego jabłka nad wyrostkiem barkowym, drugi mały guzek na czaszce. W pierwszym przypadku wystąpiła w 4. tygodniu trwania choroby osutka plamista, podobna do osutki przy odrze, którą to osutkę autor uważa prawie za charakterystyczną dla tej postaci gośćca; charakterystyczną jest także lekko sinawa bladość twarzy, która twarzy nadaje znamię nader ciężkiej choroby. Salicyl okazał się bezsilnym w tej postaci gośćca. W pierwszym przypadku wystąpiły też silne obrzęki i zaczerwienienia skóry nietylko około stawów, ale także daleko sięgające poza okolicę stawów; występowały także obrzęki, pochodzące z zapaleń śródmięśniowych i to mięśni przedramienia, szyi, karku i śródręcza; w mięśniach śródręcza sprawa zakończyła się zupełnym zanikiem. Autor zalicza tę postać do t. zw. »dermatomyositis acuta«, którą i inni autorowie spostrzegali w najróżnorodniejszych obrazach (z krwawieniami z dziąseł, z jelit, z różnorakiemi osutkami i t. d.). Mondschein.

Quadrone. **Przyczynek kliniczny do radyoterapii nadnerczy w niektórych stanach, przebiegających z podniesieniem parcia tętniczego** (Riforma med. Nr 7 1913). Radyoterapię gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem, będących w stanie przerostu i wskutek tego wzmożonej chorobowo czynności wydzielniczej, stosowano często i z dobrym wynikiem; przy chorobie Basedowa uzyskiwano niekiedy zwolnienie objawów po naświetlaniu tarczycy promieniami X. Akromegalię leczono przez działanie w ten sam sposób na przysadkę; stosowano promienie Roentgena również i przy przeroście grasicy. Zimmern i Cottenot uzyskali u 16 chorych, dotkniętych stałem wzmożeniem ciśnienia tętniczego, przez naświetlanie nadnerczy mniej lub więcej wybitny spadek ciśnienia, który występował czasem już w 48 godzin po pierwszem naświetleniu, czasem zaś dopiero po całym szeregu naświetlań, wynosił od 2—8 cm słupa rtęci (oscyllometr Pichona), a utrzymywał się niezmieniony przez całe miesiące. Równocześnie ustępowały także objawy podmiotowe, jak zawroty, ból głowy, szum w uszach i t. d. Dalej zauważano bardzo często pojawianie się barwika w skórze w obfitej ilości, nie spostrzegano natomiast żadnych zmian w moczu, nawet w przypadkach, gdzie już przedtem był białkomocz. Również i Q., naświetlając w celach leczniczych nerki, dotknięte przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem, zauważył przy tej sposobności spadek ciśnienia; wychodząc zaś z założenia, że wzmożenie parcia tętniczego przy przewlekłem zapaleniu nerek zależy często od przerostu gruczołowego nadnerczy i w następstwie tego od obfitszego wydzielania adrenaliny przez komórki chromochłonne, doszedł do wniosku, że ten spadek ciśnienia zależał od bezpośredniego działania promieni X na miąższ nadnerczy. W celu bliższego rozjaśnienia tej sprawy przedsięwziął Q. szereg doświadczeń, w których działał promieniami Roentgena tylko na same nadnercza. Wybierał chorych ze stale wzmożonem parciem tętniczem, już to z powodu zmian nerkowych, już to z innych przyczyn, z wyjątkiem miażdżycy. Mimo, że ilość adrenaliny we krwi nie idzie równolegle ze wzmożeniem ciśnienia i mimo, że u pewnej liczby cho-

rych ze zwiększonem parciem znajdowano nawet zmniejszenie się, choć nieznaczne, ilości adrenaliny, — badał Q. także jej ilościowe zachowanie się przed i po leczeniu; oznaczał także przedtem sprawność wydzielniczą nerek. Ilość naświetlań, które Q. stosował na okolicę dwunastego żebra, nieco na wewnątrz od linii przykręgowej, wynosiła od 6 do 12. U wszystkich chorych, z wyjątkiem jednego kiłowego, uzyskał Q. zmniejszenie ciśnienia średnio o 30—40 mm. słupa rtęci, utrzymujące się jeszcze w parę miesięcy przy powtórnem badaniu, oraz ustąpienie objawów podmiotowych. Nie zauważył natomiast nigdy żadnych zmian anatomicznych tak ze strony serca, jak i nerek; stwierdził ponadto znikanie adrenaliny ze krwi w przypadkach, gdzie była jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Q. wyraża przekonanie, że nie wszystkie stany hypertenzyi można w ten sposób leczyć, gdyż może ona zależeć także od innych przyczyn, nie od wzmożonej czynności komórek chromochłonnych nadnerczy; niewyjaśniony pozostaje fakt, dlaczego naświetlanie miało dodatni skutek nawet tam, gdzie przed leczeniem wcale nie było adrenalinemii. Wpływ promieni X. polegałby na niszczącem działaniu na komórki gruczołowe, będące w stanie chorobowo wzmożonej czynności. Dr T. T.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowości techniczne. 1) Narzędzie do doszczętnego usuwania stulejki podał Spitzy (Münch. med. Woch. Nr 18). 2) Elastyczną opaskę sprężynową, zamiast zwykłej opaski Esmarcha do uciskania naczyń krwionośnych, podał Henle (Med. Klin. Nr 20). 3) Hemometr prosty w użyciu podał Kiyooki Sato (Tokio) (Deutsche med. Woch. 1913 Nr 19). 4) Hemoglobinometr »Optima« wyrabia firma Meyer, Petri i Holland. Ma on tę zaletę, że oko porównuje zawsze tylko jeden odcień barwy. (Med. Klin. 1913 Nr 22).

Perhydrit, związek perhydrolu z karbamidem, zawierający 34—35% H_2O_2, działa na równi z perhydrolem, ma zaś nad nim tę wyższość, że jest ciałem stałem, które lekarz z łatwością może zabierać ze sobą. Mk.

W sprawie odkażania pola operacyjnego jodyną podaje Crucilla następujące uwagi: Najlepiej do tego celu nadaje się 6% rozczyn jodu w 95% alkoholu, i to zupełnie świeżo sporządzony. Skóry przedtem nie należy myć sublimatem. Jodyną smarować należy raz na 12 minut przed operacyą, a potem powtórnie tuż przed operacyą. (Gaz. degli osp. 1913 Nr 25). K.

Do odkażania skóry zamiast jodyny używają w klinice Tavela w Zürichu następującej mieszanki: »Rp. Jod. pur. 3,0, alcohol. absolut. 10,0. chloroform 90,0«. Wciera się ją 5—10 minut przed operacyą, a potem zmywa 96% alkoholem. Wypryski nie występują nigdy, a odkażenie jest pewne. (Wien. klin. Rundsch. Nr 16). K.

Do opatrywania ran ropiejących zaleca Domarew 10% ichtyolglicerynę (Deutsch. Medizinalzeit. 1912 Nr 26). K.

Stare rozczyny nowokainy, stosowane do znieczulenia miejscowego, mogą w tkankach wywoływać podług Saza'y łatwo zgorzel, dlatego też powinno się zawsze używać rozczynów świeżych, co obecnie wobec wprowadzenia fiolek z rozczynami lub tabletek jest bardzo łatwe. (Deutsche med. Woch. 1913 Nr 16). K.

Przy ostrych i przewlekłych cierpieniach stawów, a także gruźlicy, wstrzykuje Pohl do stawu 2 cm^3 fenolkamfory. Po pierwszem wstrzyknięciu odczyn jest silny, przy następnych już go niema, a skutek bywa bardzo dobry nawet tam, gdzie mieszanka jodoformowa nie skutkowała. (Zntblt. f. Chir. 1913, Nr 21). K.

Leczenie skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta krytykuje ostro Schanz, uważając rzekome wyleczenia za chwilowe sztuczne zniekształcenia klatki piersiowej w stronę przeciwną. (Berl. klin. Woch. Nr 22). K.

Przy zatrzymaniach moczu po porodzie, gdy pęcherz jest pełny, zaleca Ebellt śródmięśniowe wstrzykiwania pituitryny. (Zeitschr. f. gyn. Urol. IV. 2). K.

Jodparanukleinian żelaza (jodtriferrin), zawierający 9% jodu, nie wywołuje według doświadczeń prof. Salkowskiego u zwierząt żadnych zaburzeń. Z leku tego wsysa się w ustroju zwierząt żelazo tylko częściowo, jod całkowicie; wydzielanie jodu ciągnie się potem około 3 doby. (Biochem. Zeitschr. 1913 T. 49, Z., 1 i 2). Kn.

Antytyreoidynę Möbiusa stosował Breitmann (Terapeut. Obozr. 1913, 3) w chorobie Basedowa z wynikiem o tyle pomyślnym, że sen się poprawiał, drżenie rąk ustępowało, a tętno spadało ze 120 na 84. Breitmann podawał stopniowo od 3 kołaczyków w pierwszych dniach aż do 10 kołaczyków w dniu dziesiątym, poczem stopniowo znów obniżał dawkę. Podobnież korzystne działanie antytyreoidyny w połączeniu z pankreonem stwierdził w chorobie Basedowa Schnée (Zentrbl. f. inn. Med. 1913, 19). Mk.

Magnesiumperhydrol w dawce 0.5, powtarzanej 5—6 razy dziennie, zmniejsza według Buttersacka stopień cukromoczu w niektórych postaciach cukrzycy. (Fortschr. der Med. 1913, 19). Mk.

W ciężkich postaciach gośćca stawowego zaleca Schönfeld wstrzykiwania elektrargolu. (Münch. med. Woch. Nr 23). K.

W gruźlicy płuc korzystne wyniki spostrzegał Hinze (szpital w Zaleszczykach) po wstrzykiwaniach fosforu. Z początku 5—6 g. rozczynu 1:1000, potem 1:100 w odstępach kilkudniowych. (Münch. med. Woch. Nr 23). K.

Balsam kopaiwiany wywołał w klinice prof. Blaschko w Berlinie gromadne pojawianie się swędzących osutek. Wobec tego zaleca W. Fischer unikać stosowania tego leku, a zamiast niego podawać olejek sandałowy, lub jego przetwory, santyl i gonosan. (Deutsche med. Woch. 1913, 18). Kn.

W kile polecają lekarze japońscy t. zw. antiluetin (Bitartrato-kalium-ammonium-antimonoxyd). Wstrzykuje się ten środek podskórnie cienką igłą w dawce stopniowej od 0,025—0,05 z dodatkiem kokainy. (Rp. Antiluetin, cocaini hydrochlor. aa. 2,5. aq. dest. 100,0. Mds. 1—2 cm^3 wstrzyknąć podskórnie). (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 21). K.

Fibrolizynę zastosował Weidnigg w postaci plastra w celach kosmetycznych na pozostałe po operacyach blizny i stwierdził prawie zupełne zniknięcie ich po 4 tygodniach. (Klin. therap. Wochenschr. 1913, 20). Mk.

Stożkowatość rogówki (keratokonus) w przypadku wola leczył Augstein ze skutkiem zapomocą thyradenu, podając stopniowo od 3 do 12 kołaczyków dziennie przez 24 dni, poczem leczenie przerwano z powodu pojawienia się przyspieszenia tętna. Po 2-tygodniowej przerwie począł Augstein znowu podawać po 8 kołaczyków tyradenu i 0,0024 acid. arsenic. w pigułkach dziennie. Wole i stożkowatość rogówki ustąpiły. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1913, 4). Kn.

IX. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia do dnia 31. grudnia 1912 r. (włącznie)

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Przystępując do IX z rzędu sprawozdania z działalności Sanatoryum, podajemy na początku ogólne liczby, dotyczące ruchu chorych i wyników leczniczych w 1912 r., a z kolei przejdziemy do szczegółów, zawartych w dwóch

tablicach, ilustrujących najważniejsze szczegóły z biegu życia w Zakładzie.

Ogólna liczba chorych, którzy się leczyli w ciągu 1912 r., wynosi 347 [1]). Do lekarskiego sprawozdania wchodzi tylko 312, gdyż u 35 chorych czas leczenia nie wynosił 30 dni, t. j. tego minimum, które uważamy za niezbędne dla wyrobienia sobie choć w przybliżeniu sądu o chorobie z natury swej przewlekłej i o przebiegu tak wielce kapryśnym, jak gruźlica.

W związku z przewlekłym charakterem gruźlicy, pozwolimy sobie zwrócić uwagę, że w liczbie 312 chorych znajduje się 230, którzy leczyli się po raz pierwszy w Sanatoryum. Z pozostałych zaś 82: 56 chorych odbyło drugi kurs leczenia; 17 — trzeci kurs; 5 — czwarty; 2 chorzy — piąty; mamy wreszcie po jednym chorym, którzy leczyli się po raz szósty i siódmy w Zakładzie.

Nim przejdziemy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych, zawartych w tablicy II, musimy powiedzieć parę słów o metodzie leczenia.

Już we wszystkich poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że podstawę leczenia w naszym zakładzie stanowi znana metoda Brehmera-Dettweilera, obok której od lat 6 przeszło stosujemy tuberkulinę Beranecka (TBk), a pod koniec roku 1912 zaczęliśmy stosować istniejący od paru lat w użyciu przetwór Ruppla, tak zwany »Sensibilisierte Bacillenemulsion« (SBE). Stosowaliśmy go tylko u 3 chorych z dość rozległemi zmianami w płucach (II i III okres według klasyfikacyi Turbana), ale przy dobrym stanie ogólnym i u 2 wyniki zdaje się, były dość pomyślne. Ale tak mała liczba żadnego znaczenia naturalnie mieć nie może; literatura zaś, dotycząca SBE, jest dotąd dość skąpa, więc i na jej podstawie wyrobić sobie zdania o wartości leczniczej SBE niepodobna. — Co się zaś tyczy TBk, stosowaliśmy go w ciągu 1912 r. — tylko u 17 chorych. Wyników tymczasem nie podajemy, gdyż zebrany dotąd w Sanatoryum materyał uważamy za niedostateczny jeszcze dla wypowiedzenia stanowczego sądu o leczniczej wartości tego swoistego środka. Przypominamy, że przed 3 laty ogłosiliśmy artykuł o TBk na podstawie materyału dotyczącego 44 chorych, a wnioski nasze streszczały się wówczas w 2 zasadniczych punktach: niepewność wskazań i kazuistyka w wynikach, czyli, że niewiadomo, w jakiej mianowicie kategoryi chorych należy stosować TBk i niewiadomo, kiedy można otrzymać zadowalniające wyniki; praktyka wykazała, że skądinąd u lekko chorych środek ten nie wywoływał żadnego widocznego skutku, przeciwnie zaś, widzieliśmy dodatnie jego działanie na ciężko chorych. Od tej chwili zapatrywania naszego nie zmieniliśmy. Zauważyć należy, iż liczba chorych leczonych w naszym Zakładzie zapomocą TBk w ostatnich paru latach zmniejsza się, co zresztą naturalne, skoro nawet w Niemczech zapał do stosowania rozmaitych tuberkulin ostyga u najgorętszych nawet zwolenników swoistego leczenia. My znów, zajmując stanowisko sceptyczne, nie możemy być zdecydowanymi propagatorami środka, pozbawionego co prawda, przy ostrożnem dawkowaniu wszelkiego niebezpieczeństwa dla chorego, ale jednocześnie niepewnego w swem działaniu. TBk bowiem nie daje odpowiedzi na zasadnicze pytanie: kiedy mianowicie dopomaga ustrojowi do walki z zakażeniem zapomocą uodpornienia biernego? Zresztą w ostatnich paru latach sprawa swoistego leczenia gruźlicy weszła znów w fazę krytyczną, czysto bowiem teoretyczne zagadnienia, dotyczące działania lasecznika na ustrój i związane z niemi sprawy uodpornienia uległy pod wpływem nowych badań znacznym modyfikacyom. Dość wspomnieć między innemi o teoryi »Partialantigene« Deycka-Mucha. Dalecy już jesteśmy od tej chwili — bliskiej jednakże — gdy teorya Wassermana zdawała się w sposób prosty tłómaczyć najzawikłańsze zjawiska z dziedziny odczynu tuberkulinowego na ustrój ludzki. Stoimy przed rozmaitemi nierozwiązanemi zagadnieniami w sprawie pierwszorzędnej wagi, jak biologii lasecznika gruźlicy, a tymczasem chcemy stosować z zamkniętemi oczyma różne przetwory, z tegoż lasecznika pochodzące? Wszystkie te okoliczności tłómaczą, dlaczego swoiste leczenie stosujemy w tak nieznacznych rozmiarach w Sanatoryum i dlaczego trzymamy się mocno metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą niezłomną tradycyę lat kilkudziesięciu i powagę faktów: widocznych, niezbitych, powszechnych.

O metodzie higieniczno-dyetetycznej mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach; zresztą jest dziś tak znaną ogółowi lekarzy, że dłużej nad nią zatrzymywać się nie będziemy. Wspomnimy tylko pokrótce, iż polega ona na stałem używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i zachowaniu spokoju fizycznego i psychicznego. Używanie świeżego powietrza nazywamy dlatego stałem, iż chorzy niegorączkujący spędzają — poza obrębem godzin przeznaczonych dla przyjęcia pokarmów — niemal cały dzień na świeżem powietrzu, głównie na werandach. Ilość godzin obowiązkowego werandowania wynosi dziennie sześć, poza tem chorzy spędzają parę godzin na powietrzu, częściowo na spacerach w parku zakładowym, pod ścisłą kontrolą lekarską, stosownie do stanu ich sił, bądź też przesiadując na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Chorzy gorączkujący leżą w pokojach przy szeroko otwartych oknach aż do chwili uregulowania się ciepłoty. Jedni i drudzy śpią przy otwartych całych oknach lub górnych szybach stosownie do stanu pogody. Tym sposobem używanie świeżego powietrza jest istotnie stałem.

Co się tyczy pożywienia, możemy z całą bezstronnością powiedzieć, że kuchnia nasza, składająca się z 5 posiłków dziennie, jest obfita i zdrowa — dowodem czego przyrost wagi u 78% chorych — że uwzględniamy bardzo skrupulatnie wszelkie zaburzenia w trawieniu, tak często u gruźliczych się zdarzające, że dzięki działaniu świeżego powietrza i zdrowej kuchni, zaburzenia te znikają często bez pomocy środków aptekarskich. Dodajmy do tego, że chorzy wypijają średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie na osobę.

Zarówno pilną uwagę, jak na stan fizyczny chorego, zwracamy też i na stronę jego psychiczną, w tem przeświadczeniu, iż niezbędnymi czynnikami pomyślnego leczenia są: spokój i równowaga duchowa. A właśnie w gruźlicy doznają one silnych zaburzeń, niejednokrotnie nawet u lekko chorych, co się łatwo tłumaczy działaniem toksyn na cały układ nerwowy, a także i tą ważną okolicznością, iż chory zostaje wytrącony ze zwykłej kolei życia, oderwany od zajęć i blizkiego otoczenia i skazany na długie miesiące życia bezczynnego, poświęconego leczeniu, z natury swej nudnemu i monotonnemu. I tu pierwszym i bardzo trudnym obowiązkiem lekarza jest mieć ciągłe baczenie na psychikę chorego, poznać całe jego życie duchowe, wchodzić z całą subtelnością we wszelkie szczegóły jego walk wewnętrznych i udręczeń i tak zapanować nad wolą i wyobraźnią chorego, aby utrzymywać go w stanie możliwej równowagi i spokoju.

Obok tych zasadniczych punktów metody musimy wspomnieć jeszcze o stosowanych powszechnie w sanatoryach zabiegach wodoleczniczych mających na celu hartowanie ciała, a mianowicie są to nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem i natryski, trwające 20—30 sekund przy stopniowo obniżającej się ciepłocie wody od 35° do 10° C. Nacierania w 1912 r. stosowaliśmy u 306, natryski tylko u 29 chorych, gdyż wymagają one sporej odporności, a więc mogą być stosowane już po pewnym okresie nacierań u lżej chorych. Ale i wśród nich bywają jednostki tak nerwowo pobudliwe, że natrysków nie znoszą.

---

[1]) W tej liczbie: Polacy 275, Rosyanie 49, Rusini 7, Niemcy 6, Czesi 3, wreszcie Węgrzy, Słowacy, Rumuni, Grecy, Włosi, Francuzi, Anglicy po 1 chorym.

Nakreśliwszy w kilku słowach stosowanie w naszym Zakładzie metody Brehmera-Dettweilera, którą uważamy za podstawę leczenia, nie możemy pomijać niektórych środków pomocniczych, skierowanych przeciw różnym objawom chorobowym. A więc stosujemy dla ogólnego podniesienia odżywiania i dla poprawy układu krwi w niedokrwistości — często gruźlicy towarzyszącej — przeważnie przetwory arsenu[2]) i żelaza. Dla zwalczania gorączki, która często ustępuje jedynie pod wpływem świeżego powietrza i spokoju, uciekamy się do znanych środków przeciwgorączkowych, jak pyramidon, aspiryna, fenacetyna i t. d. Dla złagodzenia kaszlu stosujemy różne znane przetwory makowca, a ostatniemi czasy z dobrym skutkiem, wprowadzony przez Sahliego pantopon. Przeciw różnym uciążliwym objawom, jak bóle, kłucia i t. d. stosujemy różne zabiegi lecznicze: opaski, bańki, galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne i t. d. Nadto, przy bólach w suchych zapaleniach opłucnej oprócz niektórych powyższych zabiegów, robimy naświetlania światłem elektrycznem — białem lub fioletowem — i to częstokroć z dodatnim wynikiem wtedy, gdy inne środki okazały się bezsilnymi.

Nadmienić wreszcie należy, że od września zaczęliśmy stosować sztuczną odmę piersiową, lecz materyał nasz, wynoszący do końca 1912 r. 4 chorych, jest zbyt mały, aby można było na jego podstawie mówić o wartości leczniczej tego zabiegu. Zaznaczamy tylko, że posługujemy się nim pod ścisłą kontrolą promieni Röntgena, które, stosowane od lat kilku w szerokich rozmiarach dla celów rozpoznawczych, oddają nam wielkie usługi w przypadkach niejasnych i wątpliwych.

Z kolei przechodzimy do rozmaitych szczegółów, zawartych w tablicy II. Co się tyczy wieku widzimy, że chorzy w okresach 21—30 i 31—40 lat życia stanowią 67%. Jest to cyfra nieco wyższa od cyfr za ostatnie 3 lata (64%, 65%, 66%), ale niższa od średniej dotychczasowej, wynoszącej 75%, a zwłaszcza od cyfry w 1906 i 1907 r., wynoszącej 85%. Taka przewaga chorych w tych okresach życia jest tak naturalnem zjawiskiem przy współczesnych warunkach życia w kulturalnych społeczeństwach, że mówić o niem zbyteczne. Również nie będziemy się dłużej zatrzymywać nad cyfrą obciążenia dziedzicznego, która waha się w naszym zakładzie od 50% do 60%, a obecnie wynosi 58%. Doświadczenie nasze, zgodne z doświadczeniem w innych sanatoryach, wykazuje, że obciążenie to niema bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi.

Przechodzimy do rzeczy ważniejszych, a mianowicie do utraty gorączki i znikania lasecznikow Kocha.

Co się tyczy pierwszego objawu, widzimy, iż utrata gorączki wynosi 25% ogółu 312 chorych, stanowiąc cyfrę najniższą ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań; jest ona niższą od średniej dotychczasowej, stanowiącej okrągło 41% i wybitnie — gdyż przeszło dwa razy — niższą od cyfry najwyższej w 1908 r. = 55·8%. Zanim postaramy się dać możliwe wyjaśnienie, przejdźmy do lasecznikow. Znikły one okrągło u 10% ogółu chorych w 1912 r. Cyfra ta jest niższą od średniej dotychczasowej, 15% i przeszło dwa razy niższą od maksymalnej w 1905 r. = 23%. A więc pomiędzy temi dwoma zjawiskami jest pewna uderzająca równoległość w cyfrach. Czyż świadczyłyby one, że materyał w 1912 jest wyraźnie gorszym od materyału w 1905 i 1908 r.? Jako podstawa do porównania służyć mogą wyniki lecznicze, z uwzględnieniem cyfry śmiertelności. Otóż śmiertelność 1908 r. wynosiła wprawdzie okrągło 1½%, gdy w 1912 = 2·9%; suma dodatnich wyników (znaczna i względna poprawa) wynosiła w 1908 r. 89·7%, gdy obecnie = 84·6%. Jeśli więc śmiertelność jest obecnie prawie dwa razy większą, niż w 1908 r., to znów w wynikach leczniczych zachodzi nieznaczna różnica, wynosząca tylko 5%. Natomiast cyfra śmiertelności w 1905 r. wynosi 1·8%, wyniki lecznicze dodatnie około 80%, więc obie cyfry tu gorsze pod tym względem od cyfr w 1912 r. Mamy więc zjawisko, które wydaje się napozór paradoksalnem, ale w istocie stoi w bezpośrednim związku z samym charakterem gruźlicy, mającej często przebieg wielce fantastyczny i nieobliczalny, nie dający się uchwycić w ramy jakichś określonych norm.

Nie ulega wątpliwości, iż ustąpienie gorączki jest w przebiegu choroby tak ważnym objawem dla rokowania, że tu niema miejsca dla różnicy zdań między klinicystami, zniknięcie znów lasecznikow Kocha jest rozstrzygającym czynnikiem dla wyleczenia. Ale chodzi o to, aby zniknięcie to miało charakter stały. Jeśli zważymy, że chorzy w naszym Zakładzie leczą się średnio tylko 3 miesiące, że laseczniki Kocha — jak wykazuje doświadczenie — znikają na całe tygodnie i miesiące, czasem i na lata, aby znów z ukrytych ognisk wyjść na światło dzienne, to nizka cyfra w obecnem sprawozdaniu da się temi okolicznościami w znacznej mierze wytłómaczyć. Tak samo rzecz ma się z gorączką. Gdy zważymy, że dziś skala 37·2—37·3 C° jest uważana za ciepłotę nieprawidłową, podgorączkową, i że nawet u lekko chorych przy poprawie stanu ogólnego i płuc, ta właśnie ciepłota podgorączkowa 37·2—37·3 trzyma się nieraz uporczywie, przez czas długi, stanowiąc niejednokrotnie zagadkę dla lekarza, bacznie śledzącego cały przebieg choroby, — wówczas nizka cyfra ustąpienia gorączki w 1912 r. znajdzie również swe usprawiedliwienie; w przeciwnym bowiem razie materyał chorych w 1912 r. musiałby być wyraźnie gorszym w zestawieniu z innemi latami, a odpowiednio do niego i wyniki lecznicze i inne charakteryzujące przebieg leczenia szczegóły.

Co się tyczy materyału, trzymamy się, jak i w poprzednich latach, schematycznej klasyfikacyi Turbana, którą słusznie Sterling nazywa »mechaniczną«, z podziałem chorych, stosownie do rozległości zmian anatomicznych, na 3 okresy. Zastrzegamy się, że uznajemy całą jej wadliwość, uważamy nawet za zbyteczne opinię naszą uzasadniać, ale niepodobna przy zestawieniu z całego roku dat i cyfr, ułożonych już na pewien schemat, przerabiać »en bloc« i klasyfikować na nowo wedle podziału daleko bardziej ze wszech miar racyonalnego, jakim jest podział Sterlinga. Posługiwać się nim będziemy w następnych sprawozdaniach.

Otóż jeśli miarą »złego« materyału ma być ilość chorych w III okresie Turbana, to istotnie w latach 1904 (18%), 1908 (23%), 1910 (20·7%) i 1911 (18·1%) jest ich mniej, niż w 1912, gdzie cyfra ta chorych w III okresie wynosi 23·4%. Natomiast we wszystkich innych latach cyfra ta jest wyższą, niż w 1912 r., a mianowicie: w 1903 — 26%, 1905 — 24%, 1906 i 1907 — **33**%, w 1909 — 25%. Jeśli następnie rzucimy okiem na cyfrę dodatnich wyników leczniczych, t. j. cyfrę znacznej poprawy (znaczna poprawa płuc i stanu ogólnego) i cyfrę »względnej poprawy« (poprawa tylko stanu ogólnego)[3]), dojdziemy do wniosku, że wyniki lecznicze w 1912 r. są cyfrowo gorsze tylko co do lat 1908, 1909 i 1911.

Dodatnie wyniki.

1903 i 1905 (włącznie)	— 80% (okrągło)
1906 i 1907	— 82·8%
1908 —	— **89·7**%
1909	— 86%
1910	— 82%
1911	— 86·2%
1912	— **84·6**%

Nizka więc cyfra ustąpienia gorączki i zniknięcia lasecznikow Kocha w 1912 r. nie da się postawić w bezpośrednim związku z jakością materyału w tymże roku na tle

---

[2]) Wstrzykiwania neo-arsykodylu robiliśmy u 58 chorych.

[3]) Już niejednokrotnie zaznaczaliśmy, że terminu »wyleczenie« nie używamy, gdyż przy opuszczeniu zakładu może być tylko mowa o poprawie, o wyleczeniu rozstrzyga jeno czas.

statystycznego zestawienia z innemi latami. Brak tego związku będzie tem widoczniejszym, jeśli zważymy np. taki szczegół, że najwyższa cyfra zniknięcia laseczników, czyli 23%, przypada na 1905 r., gdzie dodatnie wyniki wynoszą zaledwie 80%. — Z drugiej jednak strony najwyższa cyfra zniknięcia gorączki u 55% chorych przypada na 1908 r., mający najlepsze jak dotychczas dodatnie wyniki lecznicze, 89·7%, ale jednocześnie prawie taką samą ilość chorych w III okr. co i w 1912 r., gdyż tylko o 0·3% mniej! Mamy więc przed sobą pewnego rodzaju kazuistykę, ilustrującą sam charakter gruźlicy jako choroby o mechanizmie patologicznym wielce powikłanym, dla nas dziś w wielu szczegółach nieznanym, i to z tej przyczyny, że nie znamy jeszcze wielu praw biologicznych niszczących zdrową komórkę ludzkiego ustroju, ani też wielu praw rządzących drobnoustrojową komórką — lasecznikiem, a więc nie możemy sobie zdać dokładnie sprawy ze stosunku, zachodzącego między jedną a drugą. Dla tego też w dziedzinie leczenia gruźlicy — zgodnie z charakterem samej choroby — widzimy pewien brak harmonii między różnymi przejawami, pewne kontrasty, jakby rozdźwięk między jednem zjawiskiem a drugiem i niepodobna dziś — gdy przyczynowy związek między wieloma ważnemi sprawami biologicznemi jest zakryty przed naszemi oczyma — powiązać ich w jedną całość.

Jeśli w dalszym ciągu będziemy rozpatrywać niektóre charakterystyczne szczegóły, znajdziemy potwierdzenie wypowiedzianego tu zapatrywania. Weźmy np. przyrost wagi, który jako taki może być objawem przypadkowym u poszczególnej jednostki gruźliczej, a zatem nie mieć żadnego dodatniego znaczenia[4]), ale u znacznej liczby chorych jest on bezwątpienia wyrazem wzmacniania i pokrzepiania się ustroju. Otóż w 1912 r. przy materyale, który na podstawie gorączki i laseczników Kocha wydaje się najgorszym ze wszystkich, waga przybyła przeszło u 78% chorych[5]), wynosząc 6·4 kg. średnio u 1 chorego przy obliczeniu na 100 dni. Jest więc przyrost ten większy niż w 1911 roku (5·7 kg.), choć materyał chorych w 1911 r. wydaje się w składzie swym wyraźnie lepszym i identycznie takim samym, jak w r. 1910 r. (6·4 kg.), choć i tu materyał stostunkowo jest lepszy. — Mniej więcej to samo da się powiedzieć o dwóch jeszcze objawach, a właściwie powikłaniach, na które stale zwracamy uwagę w naszych sprawozdaniach, a mianowicie: krwioplucia i gruźlica krtani, i to dla tego powodu, że klimat wysokogórski ma jakoby oddziaływać pod tym względem ujemnie na ustrój dotknięty gruźlicą. — Już niejednokrotnie z cyframi i faktami w ręku, zaczerpniętemi z naszego Zakładu, jak też i z innych wysokogórskich (Arosa, Davos, Leysin) i dotyczącemi całych tysięcy chorych, obalaliśmy podobne, oparte na bajkach urojenia — powtarzać więc naszych argumentów nie będziemy, ograniczymy się tylko do przytoczenia odnośnych cyfr. — Krwioplucia i krwotoki zapisaliśmy w wywiadach u 143 chorych, czyli u 46% ogółu 312 chorych przed przyjazdem do Zakładu; powtórzyły się u 26 chorych, czyli u 18% na 143 chorych. Ukazały się po raz pierwszy u 6 chorych, czyli u 2% na całą liczbę 312 chorych. Cyfry te zajmują środkowe miejsce wśród naszych dotychczasowych cyfr, gdyż w ciągu 10 lat istnienia Sanatoryum krwioplucia powtarzają się u 14% do maximum 23% chorych, ukazują się zaś po raz pierwszy u 1% do maximum 2·7% chorych. Cyfry te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy, jako kontr-argumentu na opowiadania o szkodliwości klimatu zakopiańskiego dla chorych »skłonnych do krwioplucia«. Zgadzają się one przytem z cyframi sanatoryów górskich poprzednio wspomnianych, leżących o 400—800 metrów wyżej od Zakopanego.

[4]) Przypominamy, iż bywają chorzy ze sprawą postępującą, a jednakże waga ich przybywa, na co pierwszy — jak nam wiadomo — zwrócił uwagę Debove (Paryż), nazywając takich chorych »pthisique gras«.

[5]) Przyrost wagi stwierdzamy średnio u 75% ogółu chorych.

Co się tyczy gruźlicy krtani, spotykamy ją średnio u 10—12% chorych. — W 1912 r. z gruźlicą krtani mamy 24 chorych, czyli 7·7% ogółu, a więc cyfrę znacznie niższą od średniej. Wśród nich 11 z niewielkiemi, 4 ze średniemi, wreszcie 9 z dużemi zmianami (owrzodzenia znaczne i zniszczenie poszczególnych części). Wyniki leczenia: 1 pogorszenie, 5 bez zmiany, 18 — poprawa (11 względna, 7 duża). Zauważyć należy, że stosujemy zwykłe środki, jak wody alkaliczne, wziewania (przetwory mentolowe, kreozotowe), lub zwykłe zasypywania (ortoform, kwas borowy etc.), i tylko w 2 przypadkach z wielką poprawą stosowano zabieg operacyjny (skrobanie). Jeśli zważymy, że średnio polepszenia gruźlicy krtani zdarzają się u nas u 50%—60%, chorych, więc obecny wynik polepszeń u 75% wypada jako nader pomyślny i w każdym razie nie może przemawiać za tem, że materyał w 1912 r. jest gorszym od poprzednich lat.

Mówiąc o powikłaniach, powinniśmy wspomnieć dla dokładności sprawozdania o następujących. — Gruźlica jelit — 11 przypadków, z których 10 opuściło Zakład bez zmiany, 1 zejście śmiertelne w Zakładzie. — Zapalenie nerek: 6 przypadków, z których 3 lekkie ze względną poprawą i 3 ciężkie, na tle gruźliczem, bez poprawy lub z pogorszeniem. — Zapalenie gruźlicze opon mózgowych 4 przypadki: 2 zakończone śmiercią w Zakładzie, 2 po opuszczeniu Zakładu. — Gruźlica gruczołów szyjnych: 3 bez zmiany. — 1 gruźlicy gruczołów pachwinowych operowany, wyleczenie. — Przetoka odbytnicy: 2 przypadki, oba operowane — wyleczenie. Przypadek gruźlicy języka z dużemi i głębokiemi owrzodzeniami, znaczna poprawa bez operacyi. — Gruźlica najądrza: 1 przypadek bez zmiany. Gruźlica stawu kolanowego: 1 przypadek bez zmiany. Choroby Addisona 1 przypadek bez zmiany, wreszcie 1 przypadek raka odbytnicy (stwierdzony anatomo-patologicznie) u ciężko chorego na gruźlicę płuc, jelit i pęcherza, zakończony śmiercią po opuszczeniu Sanatoryum.

Na zakończenie powinniśmy podać, jak to czyniliśmy w poprzednich sprawozdaniach, spostrzeżenia nasze co do ognisk gruźliczych, charakterystycznych pod względem ich usadowienia się, oraz uwagi o suchych zapaleniach opłucnej. — Mamy na względzie ogniska, których głównem siedliskiem jest: w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś — w II i III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Sprawa w takich ogniskach pojawia się samodzielnie, lub wyprzedza sprawę szczytową, ma charakter bardziej od niej uporczywy, przy mniejszej skłonności do poprawy. Już dawniej wyraziliśmy przypuszczenie, że takie usadowienie się sprawy powinno pozostawać w związku z wynikami badań rentgenologicznych, które wykazują, że niejednokrotnie sprawa gruźlicza zaczyna się nie w szczytach, lecz u wnęki płuc i stąd rozszerza się w różnych kierunkach, o rozmaitym stopniu natężenia. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 25, w lewem 1, razem 26, czyli przeszło 8%.

Co się tyczy suchego zapalenia opłucnej, które jest zjawiskiem powszedniem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy o niem dlatego, że ma swe odrębne cechy. Miejsce jego znajduje się najczęściej zdala od głównego ogniska choroby i będąc często ograniczonem do paru centymetrów kwadr., nie zawsze jest stałem, zapalenie bowiem przenosi się czasem daleko od pierwotnego swego siedliska, wreszcie taka »pleuritis sicca volans« odznacza się niejednokrotnie brakiem harmonii między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi, gdyż przy bardzo cienkiem, ledwo dającem się wysłuchać tarciu (»frottement râle« Grancher) chory uskarża się czasem na tak silne kłucie, że wymaga ono doraźnego wstrzyknięcia morfiny, lub naodwrót przy bardzo grubem tarciu żadnej dolegliwości nie odczuwa. Spostrzegaliśmy w 1912 r. przypadków takich 43, t. j. 13·7%.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	275	161 mężczyzn	186 kobiet	Galicya	113	9595	1—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 85·2
Rosyanie	49			Królestwo	81	5977	11—20	58	
Rusini	7			Warszawa	53	4436	21 - 30	156	
Niemcy	6			Rosya	93	8985	31—40	77	
Czesi	3			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	5	505	41—50	36	
Węgrzy, Francuzi, Włosi, Anglicy, Rumuni, Grecy, Słowacy po 1	7			Inne kraje: Węgry i Ameryka	2	86	51—60	12	
							>60	3	
Razem	347	347		Razem	347	29584		347	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
141 mężczyzn	171 kobiet	0—10	4	o¹	73	przyjechało z gorączką osób 223	utraciło gorączkę osób 56	przyjechało z tbc osób 147	utraciło tbc osób 15	244 przybrało po 6·4 kg.	41 straciło po 1·6 kg.	6 bez zmiany	21 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 28979	średnia na 1 chorego 92·9	I. 118 37·8%	66	48	4	0	0
		11—20	53	o²	11																
		21—30	139	o	97																
		31—40	72	bez	131											II. 121 38·8%	64	48	5	3	1
		41—50	29																		
		51—60	12																		
		>60	3													III. 73 23·4%	13	25	17	10	8
razem 312		razem 312		razem 312		% utraty gorączki 25%		% utraty tbc 10%		przybytek u 78% ogółu 312 chorych						razem 312	143 45·8%	121 38·8%	26 8·3%	13 4·2%	9 2·9%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Zamykając na tem nasze sprawozdanie, chcielibyśmy dodać jeszcze parę słów na zakończenie. — O wynikach leczenia i o związanych z niem charakterystycznych szczegółach mówiliśmy obszernie, wyznaczając każdemu z nich odpowiednie miejsce. Staraliśmy się nizkie cyfry spadku ciepłoty i znikania laseczników, wyglądające parodoksalnie wobec ogólnej sumy 84·6% dodatnich wyników — uzasadnić rozważaniami o gruźlicy, jako jednostce chorobowej może najbardziej nieuchwytnej i nieobliczalnej wśród chorób przewlekłych pod względem swegu przebiegu na tle rzadkiej różnobarwności postaci. Poruszyliśmy wreszcie sprawę różnych powikłań celem przedstawienia całego obrazu w należytem oświetleniu. Wnioski więc z tych wszystkich danych wysnuje czytelnik z łatwością. Tu pragniemy tylko, opuszczając już stanowisko lekarskie — zaznaczyć, że do 1912 r. frekwencya Zakładu od chwili otwarcia stopniowo i stale wzrastała, i że wzrost jej z końcem 1911 r. sięgał niemal 100%; — w drugiej połowie 1912 r. nastąpił zastój i cała liczba chorych (patrz tabl. I) w 1912 r. zmniejszyła się przeszło o 20% w porównaniu z rokiem poprzednim. Zjawisko to nie było dla nas niespodzianką, lecz przewidzianem z góry następstwem powikłań, jakie przeżywała wówczas cała Europa, a które odbiły się powszechnym zastojem ekonomicznym i zaważyły niepomiernie ciężko na stosunkach finansowych Austryi, a zwłaszcza Galicyi.

XIV. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Polski Komitet dla Zjazdów lekarskich międzynarodowych powziął na swem posiedzeniu plenarnem w d. 29. czerwca 1913 w Krakowie następujące uchwały:

1. Przyjąć zasady regulaminu Polskiego Komitetu Zjazdów międzynarodowych według projektu Dr Józefa Jaworskiego, przedstawionego na Zjeździe w Peszcie, a ogłoszonego w »Gazecie lekarskiej« w r. 1909, str. 966.

2. Starać się w przyszłości przez delegatów Komitetu zainteresować Zjazdami polskie Towarzystwa i czasopisma lekar-

skie celem obudzenia żywszego niż dotąd udziału w Zjazdach pod względem odczytów i liczby uczestników Polaków.

3. Wyrazić życzenie, aby do »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wydawanego w Warszawie, były dołączane po francusku tytuły streszczanych w nim prac i aby »Przegląd« ten był rozsyłany do ważniejszych bibliotek zagranicznych, na zagraniczne międzynarodowe Zjazdy naukowe lekarskie, do Komisyi stałej w Hadze i do Instytutu »Brücke« w Monachium.

4. Rozpatrzeć myśl urządzenia, w razie pomyślnych warunków, międzynarodowego Zjazdu z zakresu jednej gałęzi medycyny (np. neurologicznego, ginekologicznego itp.) w Krakowie lub we Lwowie.

5. Starać się, by wyjazd na Zjazd londyński miał formę wycieczki zbiorowej. W tym celu uprasza Komitet kolegów, wybierających się na Zjazd londyński, aby niezwłocznie zechcieli zgłosić to u uproszonych przez Komitet: prof. Renckiego (dla Lwowa), prof. Kryńskiego (dla Warszawy), prof. Ciechanowskiego (dla Krakowa), podając zarazem tytuł ewentualnie zapowiedzianych na Zjazd swych odczytów. Komitet poda przez pisma lekarskie polskie punkt zborny (prawdopodobnie będzie nim Berlin), termin wspólnego wyjazdu z tego punktu i nazwisko przodownika, jeżeli liczba zgłoszeń okaże się do d. 15. lipca dostateczną dla podjęcia takiej organizacyi; w przeciwnym razie gremialna podróż musiałaby być zaniechana. Dlatego prosi Komitet usilnie kolegów, wybierających się do Londynu, aby raczyli zgłaszać się zaraz. W Londynie ofiarował wycieczce polskiej swe usługi i gotowość do wszelkich informacyi o urządzeniach higienicznych, szpitalach i t. d., kol. Dr Ludwik Rajchman, stale tam zamieszkały. (Adres: The Royal Institute of Public Health, 37 Russel Square, London W. C.).

W końcu nadmieniamy, że pogłoska o utworzeniu w Londynie jakiegoś nowego »komitetu narodów słowiańskich« polegała na nieporozumieniu. Z nadeszłego już po posiedzeniu Polskiego Komitetu listu Dr Herringhama, generalnego sekretarza Zjazdu, wynika, że w braku dostatecznej liczby osobnych sal będą biura Komitetu polskiego i Komitetu lek. słowiańskiego pomieszczone wspólnie w jednej sali. Oba te Komitety zgłosił Prezes w swoim czasie, o żadnym zaś drugim Komitecie słowiańskim Dr Herringham nie wspomina.

St. Ciechanowski, sekretarz Komitetu. B. Wicherkiewicz, prezes Komitetu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 2. VII. b. r. posiedzenie, na którem prof. Gliński przedstawiał preparaty anatomiczne, poczem odbyła się demonstracya chorych z kliniki prof. Piltza i wykład prof. Krzyształowicza: »Przemiana materyi, a choroby skórne«. W dyskusyi przemawiali prym. Borzęcki i prof. Krzyształowicz, Reiss i Wicherkiewicz.

— Wydział lekarski przyznał nagrody konkursowe po 500 kor. z fundacyi Jakubowskiego i Niewiadomego Dr Janowi Olbrychtowi i słuchaczom medycyny pp. Franciszkowi Mażylisowi i Janowi Mędrkiewiczowi.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim na rok szkolny 1913/14 został wybrany prof. Dr Walery Jaworski, dyrektor kliniki lekarskiej. Jednak prof. Dr Jaworski, powołując się na obowiązki, jakie na niego nakłada prowadzenie kliniki, co nie pozwalałoby mu oddać się obowiązkom dziekańskim tak, jakby tego pragnął, wyboru tego nie przyjął, a Wydział lekarski, uznając za słuszne motywa prof. Dr Jaworskiego, wybrał dziekanem prof. Dr Leona Marchlewskiego, dyrektora zakładu chemii lekarskiej. — We Lwowie został wybrany dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1913/14 prof. Dr Antoni Jurasz.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wygłosili Dr St. Mutermilch i K. Rzętkowski wykład o hodowli tkanek »in vitro« (sposobem Carrela), objaśniony projekcyą fotografii i zdjęć kinematograficznych, wykonanych częścią w Warszawie, częścią w Zakładzie Pasteura w Paryżu. Wykład ten, dotyczący sprawy dziś rozgłośnej, obudził, jak donosi »Medycyna i Kronika lek.« (26) wielkie zajęcie.

— Na konkursie »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych« otrzymał nagrodę im. Oczko za swe prace prof. Dr Franciszek Krzyształowicz z Krakowa.

— Ustawa współdzielczego stowarzyszenia lekarskiego pod nazwą »Spójnia lekarska«, mającego na celu sprzedaż i wytwarzanie środków lekarskich i narzędzi, została zatwierdzona przez władze, wobec czego stowarzyszenie rozpoczyna swoją działalność. Założycielami są Dr J. Zawadzki, Guranowski, Pawlikowski, Porydzaj, Horodyński, Czarkowski, Łazarowicz, Sierpiński, K. Zieliński, W. Biehler.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lek. polskiego« za rok 1911. Pożyteczne to nadzwyczaj wydawnictwo liczy niestety zbyt mało odbiorców, — w Galicyi zaledwo kilku. Tom tegoroczny wywołał uwagi krytyczne w »Medycynie i Kronice lek.«, oraz w »Tygodniku lek.«. Zarzuty streszczają się w tem, że »Przegląd« wychodzi zbyt późno (obecny np. dopiero w $1^1/_2$ roku od wydania streszczonych w nim prac), że niektóre działy streszczone są niestarannie i niezupełnie, a skorowidze ułożone niezupełnie dokładnie.

— W Otwocku otwarli Dr Higier, Krukowski i Wizel sanatoryum dla chorób nerwowych i wewnętrznych.

— W Szpitalu Starozakonnych otwarto wzorowo urządzone nowe ambulatoryum (Med. i Kron. lek. 25).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. VI. do 30. VI. 1913 przypadków: ospy 5 † 1, płonicy 7 † —, duru wysypkowego 7 † 1, róży 1, czerwonki 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W pracy swej o szkodliwym wpływie na potomstwo małżeństw między członkami rodziny (Münch. med. Woch. Nr 14) udowadnia Kanngiesser, że dzieci z takich związków bardzo często cierpią na różne zboczenia (zwłaszcza barwikowe zapalenie siatkówki, ślepotę lub głuchoniemotę wrodzoną itp.), są często słabo rozwinięte cieleśnie lub umysłowo i dlatego twierdzenie niektórych badaczy, że takie związki uszlachetniają rasę, jest zupełnie mylne. X.

— Hirsch z Berlina zwraca uwagę (Zblt f. Gyn. Nr 12) na ciekawy fakt, że przy wczesnych porodach i poronieniach rodzą się głównie osobniki płci męskiej i im wydalenie płodu wcześniej następuje, tem pewniej będzie płód płci męzkiej. X.

— Jak wynika z zestawienia statystycznego zakładów wojskowych Francyi i Niemiec, stan zdrowotny rekrutów obu tych krajów zmienia się stale na korzyść Niemiec. We Francyi mimo wprowadzenia różnych sposobów, by stan armii zwiększać (przyjmuje się i bardzo nizkich popisowych) nie powiększa się odpowiednio kontyngent rekruta tak, że zachodzi obawa, iż zacznie się on nawet zmniejszać, bo wyczerpano już pod tym względem niejako rezerwy, a liczba urodzeń się zmniejsza. Obecnie komisye francuskie uznają już 99·4% przy poborach za zdatnych, gdy w Niemczech liczba ta nie dosięga nawet 60%! X.

— Przeciwko ciągłej zmianie na swojski język nazw łacińskich w terminologii lekarskiej protestuje Rüdiger. Wiedzie to nieraz do dziwolągów językowych, wywołuje utrudnienie w porozumiewaniu się i rozumieniu prac czytanych przez cudzoziemca, nawet i dla krajowca wiele »swojskich« terminów

jest zupełnie nieznanych. Nowe nazwy chorób powinny być tworzone według istoty choroby, a nie według autorów. Niektóre niemieckie nazwy chorób są wprost błędne i brzydkie. X.

— Prof. Waldeyer wniósł w pruskiej Izbie Panów, aby w Berlinie zbudowany został gmach na pracownie dla docentów uniwersytetu, zwłaszcza z Wydziału lekarskiego i przyrodniczego.

— Sprawa wynagradzania lekarzy za doniesienia o przypadkach chorób zakaźnych, poruszona w czasie obrad nad austryacką ustawą o chorobach zakaźnych, skończyła się, jak wiadomo, projektem, aby rząd, zamiast tych wynagrodzeń, wypłacał Izbom lekarskim w Austryi pewien roczny ryczałt na cele humanitarne (fundusze wdów i sierot). Otóż, jak donosi »Wiener allgem. mediz. Zeitung«, otrzymał obecnie prof. Finger, prezes Wydziału wykonawczego Izb lekarskich austryackich, a gorący orędownik tego projektu, oficyalne zawiadomienie, że rząd wypłacać będzie Izbom na cele humanitarne po 50.000 K rocznie, które mają być dzielone między Izby według liczby należących do każdej z nich lekarzy.

Mianowania i odznaczenia: Dr R. Wilson, lekarz gminny w Kopyczyńcach, odznaczony tytułem radcy cesarskiego; Dr Maryan Doliński, sekundaryusz szpitala w Przemyślu, mianowany dyrektorem szpitala w Zaleszczykach, Dr Stanisław Kącki z Krakowa dyrektorem szpitala w Dolinie, Dr Gustaw Zaremba, dotychczasowy dyrektor szpitala w Husiatynie, dyrektorem szpitala w Wadowicach, Dr Kazimierz Jarecki (dotąd w Dolinie) dyrektorem w Husiatynie, Dr Roman Hinze (dotąd w Zaleszczykach), dyrektorem szpitala w Rzeszowie.

Prof. agregé A. Broca profesorem chirurgii w Paryżu.

Zmarli: Dr Antoni Sikorski, założyciel, naczelny lekarz i prezes zarządu Warszawskiego Szpitala dla dzieci, w 80 r. ż. w Warszawie. Urodzony w r. 1834, ukończywszy gimnazyum w Warszawie w r. 1853, pracował zrazu w ówczesnej komisyi skarbu, potem dopiero wstąpił do Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w r. 1862. W r. 1869 założył, na skromną zrazu skalę, pierwszy w Królestwie szpital dziecięcy pod nazwą »Zakład leczniczy dla chorych biednych dzieci«, który przeniesiony później do osobnego gmachu przy ul. Aleksandrya, wzrósł dzięki staraniom ś. p. Dr Sikorskiego, a przez poparcie głównie ś. p. Augustowej hr. Potockiej, do rozmiarów dużego szpitala. Instytucyę tę prowadził ś. p. Dr Sikorski przez lat 40.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) Nowotwory złośliwe w jamach obocznych nosa oraz w jamie nosowo-gardzielowej. (Med. i Kron. lek. 1913). 2) Tosamo po francusku. (Archiv. intern. de laryngol.). — Statystyka miasta Krakowa, opracowana przez miejskie Biuro statystyczne. Zeszyt XII. 1912. — Gajkowicz: Leczenje bugorczatki lehkich. S. Petersburg 1913. — F. E. Fronczak: Health work progress in America. Odb. »Americ. Journ. of publ. health« 1913. — M. Zieliński: Le pouls jugulaire dans l'insuffisance tricuspidienne. Paris. 1913, (dysertacya doktorska). — Kleczkowski: 1) Untersuchungen üb. d. Entwicklung der Grundsubstanz des Sehnerven. (Biul. Akad. Umiej. Kraków 1912). 2) Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. (Rocznik lek. 1913). — Przepisy o zachowaniu zdrowia dla ludności wiejskiej. Warszawa, stron 15 (wydawnictwo Towarzystwa higienicznego). — K. Trochanowski: Iwonicz, jego dzieje, opis i znaczenie. Tarnów 1913.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.